

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

173

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Roland LEHOUX**

Né le 28 août 1901, à Bonnebosq (Calvados)

ÉVOLUTION

DES

THYROÏDITES AIGUËS  
SUPPURÉES

*Président : M. LEJARS, professeur.*

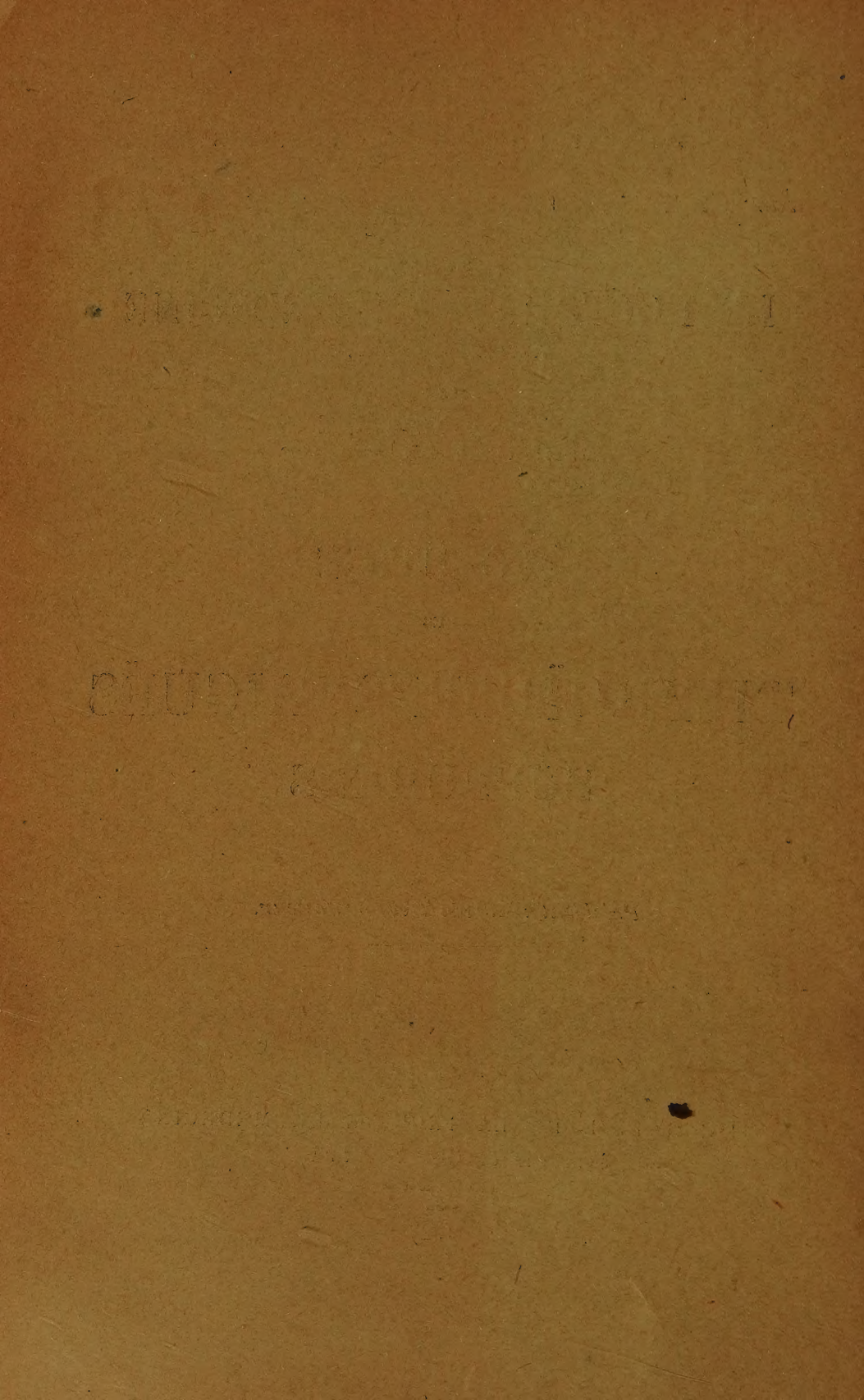
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVÉ & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

473

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roland LEHOUX

Né le 28 août 1901, à Bonnebosq (Calvados)

ÉVOLUTION

DES

THYROÏDITES AIGUËS  
SUPPURÉES

*Président : M. LEJARS, professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927



## I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                        |               |
|------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Anatomie . . . . .                                                     | NICOLAS.      |
| Anatomie médico-chirurgicale. . . . .                                  | CUNÉO.        |
| Physiologie . . . . .                                                  | ROGER.        |
| Physique médicale . . . . .                                            | STROHL        |
| Chimie organique et chimie générale . . . . .                          | DESGREZ.      |
| Bactériologie. . . . .                                                 | LEMIERRE.     |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale . . . . .                 | BRUMPT.       |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                        | Marcel LABBÉ. |
| Pathologie médicale . . . . .                                          | SICARD.       |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                      | LECÈNE.       |
| Anatomie pathologique . . . . .                                        | ROUSSY.       |
| Histologie . . . . .                                                   | PRENANT.      |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                            | TIFFENEAU.    |
| Thérapeutique . . . . .                                                | CARNOT.       |
| Hygiène . . . . .                                                      | Léon BERNARD. |
| Médecine légale . . . . .                                              | BALTHAZARD.   |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                   | MÉNÉTRIER.    |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                         | RATHERY.      |
| Clinique médicale . . . . .                                            | GILBERT.      |
|                                                                        | BEZANÇON.     |
|                                                                        | ACHARD.       |
|                                                                        | WIDAL.        |
| Hygiène et clinique de la première enfance . . . . .                   | MARFAN.       |
| Clinique des maladies des enfants. . . . .                             | NOBÉCOURT.    |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. . . . . | H. CLAUDE.    |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               | JEANSELME.    |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                     | GUILLAIN.     |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                           | TEISSIER.     |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                        | DELBET.       |
|                                                                        | HARTMANN.     |
|                                                                        | LEJARS.       |
|                                                                        | GOSSET.       |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                     | TERRIEN.      |
| Clinique urologique. . . . .                                           | LEGUEU.       |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                     | COUVELAIRE.   |
|                                                                        | BRINDEAU.     |
|                                                                        | JEANNIN.      |
| Clinique gynécologique . . . . .                                       | J.-L. FAURE.  |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie . . . . .                | OMBRÉDANNE    |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                              | VAQUEZ.       |
| Clinique oto-rhino-laryngologique. . . . .                             | SEBILEAU      |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                          | DUVAL.        |
| Clinique propédeutique . . . . .                                       | SERGENT.      |
| Sans chaire. . . . .                                                   | ROUVIÈRE.     |
|                                                                        | BRANCA.       |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

### MM.

ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.  
AUBERTIN . . . Pathologie médicale.  
BASSET . . . Pathologie chirurgicale.  
BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.  
BINET . . . . . Physiologie.  
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.  
BRULÉ . . . . . Pathologie médicale.  
CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.  
CHAMPY . . . . . Histologie.  
CHIRAY . . . . . Pathologie médicale.  
CLERC . . . . . Pathologie médicale.  
DEBRÉ . . . . . Hygiène.  
I. de JONG . . . Anatomie pathologique.  
DUVOIR . . . . . Médecine légale.  
ÉCALLE . . . . . Obstétrique.  
FIESSINGER . . . Pathologie médicale.  
FOIX . . . . . Pathologie médicale.  
GARNIER . . . Pathologie expérimental<sup>19</sup>  
HARVIER . . . Pathologie médicale.  
HEITZ-BOYER Urologie.

### MM.

HOVELACQUE . Anatomie.  
JOYEUX . . . . . Parasitologie.  
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.  
LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.  
LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.  
LEMIERRE . . . Pathologie médicale.  
LÉVY-SOLAL. Obstétrique.  
LHERMITTE . . Pathologie mentale.  
LIAN . . . . . Pathologie médicale.  
MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.  
METZGER . . . . . Obstétrique.  
MONDOU . . . . Pathologie chirurgicale.  
MOURE . . . . . Pathologie chirurgicale  
MULON . . . . . Histologie.  
PHILIBERT . . . Bactériologie.  
RICHET Fils . . Physiologie.  
VAUDESCAL. Obstétrique  
VERNE . . . . . Histologie.  
VELTER . . . . . Ophtalmologie

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

### MM.

ABRAMI . . . . . Pathologie médicale.  
GOUGEROT . . . Pathologie médicale  
GUÉNIOT . . . . . Obstétrique.  
LE LORIER . . . Obstétrique.  
MOCQUOT . . . Pathologie chirurgicale.

### MM.

RETTETER . . . Histologie.  
RIBIERRE . . . Pathologie médicale.  
TANON . . . . . Pathologie médicale.  
VILLARET . . . Pathologie médicale.

## AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

### A TITRE PERMANENT

#### MM.

AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.  
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.  
LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique médicale.  
LEREBoullet. Clinique médicale in-  
fantile.

#### MM.

LÉRI. . . . . Clinique médicale.  
LÉPER. . . . Clinique médicale.  
PROUST. . . . Clinique chirurgicale.  
SCHWARTZ. . Clinique chirurgicale

## V. — CHARGÉS DE COURS

|                                |   |                                                                                                                                              |
|--------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . . . | { | Chargé du cours de chirurgie orthopédique<br>chez l'adulte pour les accidentés du travail,<br>les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY. . . . .                  |   | Stomatologie.                                                                                                                                |
| CHAILLEY-BERT. . . . .         |   | Éducation physique.                                                                                                                          |
| LEDOUX-LEBARD. . . . .         |   | Radiologie clinique.                                                                                                                         |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

Membre de l'Académie de Médecine.

Professeur de Clinique Chirurgicale.

Officier de la Légion d'Honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GASNE

Ex-chef de Clinique à la Faculté

Assistant de Chirurgie de l'Hôpital Trousseau.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ  
ET DES HOPITAUX



ÉVOLUTION  
DES  
THYROÏDITES AIGÜES  
'SUPPURÉES

---

INTRODUCTION

On appelle thyroïdite, l'infection de la glande thyroïde normale.

L'existence préalable d'un goitre étant une cause prédisposante de premier ordre à l'infection thyroïdienne on s'explique que jusqu'en 1850 les observations portent presque toutes sur des goitres suppurés: Marc Aurèle Séverin (1643), Mauchard (1712), Jean Louis Petit (1774), J.-P. Franck (1820), Zipp (1807), Baillie (1812) Walther (1817).

L'étiologie et les formes cliniques ne furent étudiées que plus tard, par: Shoeninger (1842), Weitenweber (1845) et Porta (1849).

La première étude importante fut faite par Lebert (1862), qui réunit 50 observations dont 22 strumites. Son élève Baumann avait, en 1856, fait une thèse sur ce sujet.

La question fut introduite en France par Bauchet, qui en 1857, écrivit un mémoire intitulé : De la thy-

roïdite (goitre aigu) et du goitre enflammé (goitre chronique enflammé). Il rapportait 5 cas dont un seul, peut-être, de thyroïdite. Mais la distinction était faite entre thyroïdites et strumites ; dès lors on a les articles de : Martinache (1861), Bron (1862), Laveran (1869), Laure et Fochier (1873), Detrieux (thèse 1879), qui sur 8 observations, donne 3 thyroïdites suppurées.

A l'apparition des doctrines microbiennes on fit des recherches sur l'étiologie ; Pinchaud (1881), Demme (1881), Wölfler (1883), Gérard Marchand (1883), Charvot (1890), Colzi (1891), Rascol, Tavel, Basso (1892).

En 1895, la question fut mise au point par Jean-selme, dans son article : thyroïdites et strumites infectieuses.

En 1897, Widal et Nobecourt isolèrent du pus d'une thyroïdite un bacille qu'ils nommèrent : paracolibacille. Ce microbe fut reconnu plus tard comme étant un Para B.

En 1898, Roger et Garnier publièrent leur étude intitulée : *La glande thyroïde dans les maladies infectieuses*.

Des auteurs ont cherché par la suite à classer les thyroïdites suivant leur étiologie : Coissard, Chesnay en 1902, Krause, Hartog en 1903 pour la typhoïde ; Heddæus (1897), Honsell (1898), Letulle et Lecomte (1909) pour la pneumonie ; Gaillard et Smelton en 1895 pour la grippe ; Lecène et Metzger en 1910 pour l'infection puerpérale.

Depuis cette époque on trouve épars dans la littérature des cas de thyroïdites suppurées rapportés par : Robertson en 1911, Rispal en 1913 (thyroïdite suppurée à bacille d'Eberth) Achard en 1915 (paratyphoïde B compliquée de thyroïdite), Lemierre et Taberlet en 1919 (strumite à para A), Tourneux en 1920 (2 cas de thyroïdite aiguë suppurée), Carnot et Blamoutier en 1924 (thyroïdite à para B).

Nous avons trouvé dans un article de Jeanselme publié par le *Journal des Praticiens* (1895) l'hypothèse suivante :

« Tout porte à croire que les variantes dans l'évolution et le pronostic des thyroïdites doivent être attribuées, en partie du moins, à la multiplicité des espèces microbiennes qui sont susceptibles de se greffer sur la glande thyroïde. Mais cette proposition n'est encore à l'heure actuelle, qu'une vue hypothétique, et pour qu'elle passe à l'état de vérité, il est nécessaire de rassembler le plus grand nombre possible d'observations détaillées et de comparer l'histoire clinique à l'examen bactériologique. On pourra peut être alors faire un travail de dissociation semblable à celui qui a si profondément transformé le chapitre des pleurésies dans ces dernières années. »

Nous allons donc essayer de réunir le plus possible d'observations de thyroïdites aiguës suppurées en les classant suivant leur étiologie. Nous verrons ensuite si nous pouvons superposer l'évolution clinique à l'origine bactériologique.

Nous n'étudierons pas les thyroïdites rhumatismales ni palustres, ni ourliennes dont aucun cas de suppuration n'a été rapporté. Nous éliminerons également la tuberculose et la syphilis de la thyroïde qui ont toujours été étudiées dans les chapitres spéciaux de la pathologie.

## OBSERVATIONS

### A. — Thyroïdites à bacilles d'Eberth, para A, para B.

**Observation 1** (Tourneux), 1920, résumée. — J. C..., 25 ans, du 20<sup>e</sup> régiment de dragons, est évacué pour une fièvre typhoïde le 12 septembre 1918. La maladie suivait son cours normal lorsque le 2 octobre (25<sup>e</sup> jour de la maladie) il se plaint d'une légère douleur au niveau du cou. Le médecin ne trouvant rien d'anormal prescrivit une application de compresses humides chaudes. Les jours suivants les douleurs persistèrent avec irradiations jusque dans l'oreille droite. Une légère tuméfaction apparut peu à peu dans la région sous-hyoïdienne. Le malade présenta de la toux et de la dyspnée. Température à 39°<sub>2</sub>.

Le 8 octobre le Dr Tourneux, appelé près du malade diagnostiqua une thyroïdite suppurée. La peau était rouge et luisante au niveau de la tumeur qui était très douloureuse et fluctuante. L'intervention fut décidée. Après l'incision il s'écoula un pus jaune verdâtre renfermant du *bacille d'Eberth* à l'état de pureté. Après drainage à la gaze la cavité était refermée quinze jours après l'intervention. Mais le malade à son entrée en convalescence présenta un phlegmon du périnée.

Obs. 2 (Rispal), 1913), résumée. — Une jeune femme de 24 ans entre à l'hôpital le 5 octobre pour une tuméfaction douloureuse de la région thyroïdienne. Depuis un mois, à la suite d'un refroidissement, elle se plaint de douleurs au niveau de la base du cou avec irradiations jusque dans l'oreille droite. Pendant quinze jours elle continue son travail ; mais elle est prise de frissons, de céphalée, de vomissements et de diarrhée. La région thyroïdienne se tuméfie peu à peu en même temps que les douleurs deviennent plus vives, s'accompagnant de dysphagie et de dyspnée.

A son entrée à l'hôpital la malade a la tête penchée en avant et immobilisée par la douleur. La peau au niveau du corps thyroïde est tendue et violacée. La palpation fait sentir de la fluctuation. La malade a une fièvre légère à 38°4 et un peu d'embarras gastrique.

Le diagnostic de thyroïdite suppurée étant posé, une ponction ramène quelques gouttes d'un pus très épais. Le lendemain on pratique une incision d'où s'écoule une notable quantité de pus épais. Après culture on trouve du *bacille d'Eberth*. La fièvre tombe en deux jours et la guérison est rapide.

La localisation au niveau du corps thyroïde semble avoir été primitive.

Obs. 3 (Laveran 1869, *in* Forgue), résumée. — Le 29 septembre entre à l'hôpital un soldat, âgé de 25 ans, porteur depuis quatre jours d'un goitre aigu. On applique un traitement résolutif : en quelques jours la fièvre et les douleurs disparaissent et le goitre persiste. Pendant dix jours l'état du malade est très satisfaisant.

Le 15 octobre apparaissent les symptômes caractéristiques d'une *forte typhoïde*.

Le 28 novembre le convalescent voit son goitre qui avait diminué, augmenter de nouveau. Il n'y a ni œdème ni rougeur de la peau.

Le 3 décembre, le malade crache en assez grande quantité du pus mêlé à un peu de sang, en même temps que la tumeur disparaît. Après avoir craché du pus pendant quelques jours il quitte l'hôpital le 12 décembre.

La localisation au niveau du corps thyroïde semble avoir été primitive.

**Obs. 4** (Detrioux, 1879), résumée. — Une femme de 38 ans entre à l'hôpital le 27 novembre 1876 pour une *fièvre typhoïde*.

Le 15 décembre elle entre en convalescence, mais depuis deux semaines elle souffre, au moment de la déglutition. Il se développe une inflammation du corps thyroïde avec gonflement du lobe droit. On applique des sangsues et des cataplasmes.

Le 1<sup>er</sup> janvier la tumeur est disparue à droite mais le lobe gauche est enflé.

Le 2 janvier on fait une incision d'où s'échappe un flot de pus. On laisse des mèches pendant huit jours et le 2 février la malade est guérie.

**Obs. 5** (Boucher, 1886), résumée. — Le 10 août 1882 entre à l'hôpital de Kairouan un soldat convalescent d'une *fièvre typhoïde*. Son corps thyroïde est enflé surtout le lobe gauche. On remarque un œdème diffus de la peau sans rou-

geur. Le malade souffre d'une dyspnée s'exagérant la nuit. Sa température qui était à 39°2 diminue en même temps que le lobe droit devient moins volumineux. Le gauche continue à grossir et la dyspnée persiste.

Le 15 août la température est à 38°9, la dyspnée devient inquiétante en même temps que l'on constate de la fluctuation. L'intervention est décidée. Il s'échappe un flot de pus couleur chocolat mêlé de caillots noirs et d'une odeur fétide.

Le 7 septembre l'homme part en convalescence ; il ne persiste qu'un petit trajet fistuleux qui laisse couler un peu de pus.

**Obs. 6** (Coissard, 1902), résumée. — Il s'agit d'un malade entré à l'hôpital avec une *fièvre typhoïde* typique. La séro-réaction de Widal a été positive.

Au bout de trois semaines la défervescence commence, lorsque le malade attire l'attention sur une tuméfaction de la base du cou. Cette tumeur siège dans le corps thyroïde. A ce niveau la peau est rouge ; bientôt on aperçoit de la fluctuation.

Après incision il s'écoule une cuillerée à dessert environ de pus. Après frottis, cultures, inoculation au cobaye on n'a pu déceler aucun germe.

**Obs. 7** (Chesnais, 1902), résumée. — Une femme de 28 ans entre le 16 août 1901 pour une *fièvre typhoïde* classique. Le séro-diagnostic est positif.

Le 30 août la température est 36° 4 le matin, 37° le soir.

Le 31 elle remonte subitement à 39° 2 le matin et oscille

les jours suivants entre 36° et 38°. La malade se plaint alors de douleurs dans l'oreille gauche et dans la gorge. La déglutition est très pénible.

Après le 11 septembre on observe de grandes oscillations thermiques : 37° le matin, 39° le soir, et l'apparition d'une tuméfaction de la région antérieure du cou. La voix est rauque et la tête immobilisée par la douleur.

Le 17 septembre une ponction amène 7 à 8 gouttes de pus.

Le 18 septembre une incision peu profonde ne donne pas de résultat.

Le 22 septembre après un débridement à la sonde cannelée on extrait de 15 à 20 grammes de pus. A l'examen bactériologique on trouve du *bacille d'Eberth*. La guérison est rapide.

**Obs. 8** (Lemierre et Taberlet 1919), résumée. — Ces auteurs ont trouvé du *Para A* dans une infection thyroïdienne, mais il s'agit d'une strumite.

**Obs. 9** (Carnot et Blamoutier, 1923), résumée. — Il s'agit d'une thyroïdite à *Para B* survenant précocement (5 jours après le début apparent de la maladie).

Dans les antécédents familiaux de la malade on trouve une sœur présentant un goitre survenu après une pneumonie et une tante morte d'une maladie de Basedow.

La thyroïdite se fit en deux poussées. La première le 20 août, cinq jours après le début de la maladie. La malade se plaint de douleurs se propageant vers l'épaule droite et la nuque. On trouve du gonflement et un empâtement diffus du lobe droit.

Le 8 septembre la température est revenue à la normale ; mais la fièvre réapparaît le 22 septembre en même temps que la tumeur thyroïdienne subit une poussée inflammatoire nouvelle.

Le 6 octobre une ponction ramène du pus épais, jaune verdâtre, inodore.

Le 7 octobre on incise. La température tombe le soir même et la malade est complètement guérie le 16 octobre.

Le pus a été examiné et après cultures on a trouvé du *Para B*.

**Obs. 10** (Geza-Gali, 1913), résumée. — Strumite suppurée tardive post-typhique et maladie de Basedow consécutive. Il s'agissait d'un homme de 39 ans opéré à 16 ans d'un goitre du lobe droit. A 19 ans il a présenté une fièvre typhoïde. Pendant la convalescence est apparue une tuméfaction douloureuse du lobe gauche du corps thyroïde. La guérison est venue progressivement par résolution.

Vingt et un ans plus tard cet homme a présenté une thyroïdite du lobe gauche accompagnée de signes d'une maladie de Basedow. L'abcès ayant été incisé il s'en écoula du pus renfermant du *bacille d'Eberth* à l'état de pureté. L'intervention amena la guérison de l'abcès et du goitre.

## B. — Thyroïdites à streptocoques.

**Obs. — 1** (inéдите); due à l'obligeance de M. le Dr Gasne. — Mr B... 50 ans habite Billancourt où il exerce la profession de réparateur de péniches. C'est un homme solide très actif, maigre, au cou même un peu décharné. Dans ses

antécédents on ne trouve aucune maladie à noter, pas de tuberculose ni de syphilis. Il a sept enfants qui ne présentent rien de spécial. Né près de Compiègne, il a séjourné 30 ans dans cette ville. S'il existe quelques cas rares de goîtres dans ce pays on n'en découvre pas dans la famille du malade. Il ne présente aucun signe d'hypo ou d'hyperthyroïdisme. Il boit un peu sans qu'on puisse parler d'éthylisme. Rien dans ses urines

Vers le 15 novembre 1926 M<sup>r</sup> B... a eu un petit anthrax de la nuque. Soigné par le thermocautère et la vaccination locale (Grémy) la guérison est venue rapidement.

Deux semaines plus tard, c'est-à-dire vers le 30 novembre, M<sup>r</sup> B... a présenté un état fébrile avec frissons toux légère, maux de tête à caractère névralgique prédominant à la nuque et au sommet de la tête. La douleur était bilatérale. Le cou n'était pas particulièrement douloureux ni tuméfié et rien à ce moment n'attire l'attention du côté du corps thyroïde. Pendant huit jours la fièvre reste entre 39° et 40° et s'accompagne d'un peu de délire. Pas de troubles digestifs. Comme le malade est entouré de grippe (plusieurs enfants en sont atteints) on pose le diagnostic de grippe.

Au bout d'une semaine la température tombe progressivement en trois jours entre 37° et 38° et c'est au début de cette période de défervescence que le malade constate une tuméfaction de la partie droite du cou grossissant petit à petit. A ce moment, les douleurs de tête qui avaient diminué, réapparaissent avec les mêmes caractères mais plus vives et localisées uniquement du côté droit de la nuque et de la tête. Ces douleurs sont exaspérées par la pression sur le

côté droit du cou qui est lui-même assez sensible au toucher. Elles sont également réveillées par les mouvements de déglutition. Il n'y a ni dyspnée ni dysphonie mais le malade se fatigue vite en parlant et respire un peu plus difficilement s'il fait des efforts assez prolongés.

Le 11 décembre le Dr Gasne appelé auprès du malade constate une tuméfaction nettement limitée prenant la forme d'un lobe thyroïdien. Elle atteint presque la ligne médiane dans la partie inférieure et se prolonge en pointe par sa partie supérieure. La peau qui la recouvre ne présente ni œdème ni vascularisation anormale. La tumeur est plutôt rénitente que fluctuante. Elle est mobile de haut en bas avec le larynx dans les mouvements de déglutition. La température est normale, l'état général assez bon ; mais le malade immobilise sa tête à cause des douleurs spontanées que rien ne calme et que les mouvements réveillent. On applique des pansements humides.

Le malade est revu le 14 décembre. La tuméfaction est plus accentuée et tend à dépasser en bas la ligne médiane. Elle est également plus molle, on pourrait presque dire fluctuante.

Opération le 16 décembre, à la cocaïne locale. On fait une incision en avant du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien droit. On traverse successivement les plans sous-cutanés qui ne présentent aucune modification apparente, — ni œdème ni vascularisation — puis on tombe sur la capsule thyroïdienne qui paraît fibreuse, anémiée (On n'a pas eu à faire de ligature). La capsule est effondrée à la sonde cannelée, puis incisée de haut en bas. Il s'écoule un verre à madère environ de pus jaune bien lié ; on peut

explorer une cavité régulière qui semble occuper tout le lobe du corps thyroïde, dont le tissu même n'est pas reconnu. On place un drain qui le lendemain est chassé.

La fermeture est complète le 15 janvier, sans incident, sauf un bourgeonnement très exagéré de la plaie qui résiste aux cautérisations par le crayon de nitrate d'argent faites tous les deux jours et nécessite le 10 janvier un grattage à la curette. Ce bourgeonnement semble venir du corps thyroïde lui-même.

Revu vers le 30 janvier M. B... présente une cicatrice non adhérente à la profondeur, un bon état général et pas de troubles thyroïdiens. On sent à la palpation le lobe thyroïdien qui semble légèrement diminué de volume.

Le pus recueilli aseptiquement et examiné par frottis montre des *streptocoques* seulement, la plupart en chaînettes, quelques-uns associés deux à deux comme des diplocoques.

**Obs. 2** (Tournieux, 1920), résumée — Le 2 décembre 1918, A... B..., 35 ans, est évacué pour une grippe à forme thoracique dont le début remonte à 7 jours. La maladie suivait son cours normal lorsque le 23 décembre A... B... se plaignit d'une douleur légère à la base du cou. Dans les jours qui suivirent une tumeur apparut à gauche en même temps que les symptômes généraux augmentèrent et le Dr Tournieux fut appelé près du malade. Il constata sur toute la partie gauche du cou un empâtement diffus occupant tout l'espace compris entre le maxillaire inférieur et la clavicule. Toute cette région était chaude, tendue et très douloureuse. La tête était penchée en avant et à gauche. La tem-

pérature était à 39°5. La palpation rendue très difficile par les douleurs, l'œdème considérable, ne permirent pas de percevoir de la fluctuation.

Le diagnostic de thyroïdite suppurée étant posé, l'intervention est pratiquée. Avant d'arriver sur la glande thyroïde, augmentée de volume, on traverse une couche de tissu lardacé. Puis il s'écoule un pus brunâtre, mal lié, grumeleux, contenant des débris sphacelés et répandant une mauvaise odeur. On laissa un gros drain. Les suites opératoires immédiates ne furent pas très bonnes mais un mieux sensible apparut vers le 5 janvier et le 10 février le malade était en convalescence. A l'examen bactériologique on trouva des *streptocoques associés à des pneumocoques*.

**Obs. 3** (Basso, 1892), résumée. — Le 20 janvier 1889 on admet d'urgence à l'hôpital une femme de 21 ans, complètement aphone. Par son entourage, on apprend qu'elle a accouché il y a un mois et repris son travail quelques jours plus tard. Elle est malade depuis cinq à six jours.

Actuellement son état est grave, la température est à 40°2, le pouls à 130, le nombre de respirations de 40 par minute. La malade a un faciès vultueux, les veines du cou sont dilatées et saillantes. Au niveau du corps thyroïde on remarque une tuméfaction du volume d'une grosse mandarine plus marquée du côté gauche. La pression exagère la dyspnée ce qui rend impossible la recherche de la fluctuation. La dysphagie est absolue.

La malade meurt avant que l'intervention ne soit faite.

*Autopsie.* — Le lobe gauche du corps thyroïde est transformé en une poche purulente. Le lobe droit renferme un

peu de pus. On trouve des petits abcès miliaires au niveau des reins et du cœur.

A l'examen bactériologique on trouve du *streptocoque pyogène*.

Obs. 4 (Tavel, 1892), résumée. — Tavel raconte qu'à l'autopsie d'un « potator » de 27 ans mort de pleuro-pneumonie, on découvrit deux tubérosités dans les lobes thyroïdes, non diagnostiquées du vivant. A l'incision on trouve un pus très épais contenant du *streptocoque et du pneumocoque*.

Obs. 5 (Testevin, 1899), résumée. — Malade ayant eu une angine pseudo-membraneuse, puis une thyroïdite, enfin une fièvre typhoïde. A l'ouverture de l'abcès on trouva un pus renfermant du *streptocoque*.

Obs. 6 (Grimoud, 1907), résumée. — Une femme de 26 ans entre à l'hôpital le 15 décembre pour une métrorragie puerpérale. Elle avait eu un retard de règles de deux mois lorsque survint le 9 décembre une violente hémorragie utérine persistant encore à son entrée à l'hôpital.

Le 11 décembre elle constate l'apparition d'une vive douleur dans la gorge en même temps que son cou se met à grossir.

On se trouve en présence d'une malade très fatiguée, respirant difficilement, dont la température est à 39°7, le pouls petit, rapide, irrégulier. Son faciès est légèrement vultueux, le cou est gros, induré, douloureux. Le corps thyroïde se dessine en fer à cheval. Sur le cou, le tronc, la face interne

des cuisses, on remarque une éruption papuleuse, rouge sombre. Ces taches sont de la dimension d'une lentille ne disparaissant pas à la pression. Le toucher vaginal fait sentir un col mou, entr'ouvert ; un suintement sanguinolent persiste, non fétide.

On pose le diagnostic suivant : avortement suivi d'infection utérine à manifestation locale larvée et manifestation lointaine grave.

On prescrit des injections vaginales chaudes et l'application de compresses humides chaudes sur le cou.

L'état de la malade s'aggrave, la respiration devient de plus en plus difficile et des syncopes respiratoires surviennent dans la nuit du 16 au 17 décembre.

Le matin du 17, le cou a encore augmenté de volume, est douloureux et œdémateux. L'éruption du tronc tend à devenir suppurée. La dyspnée est intense et la malade est dans un état demi comateux. L'incision de l'abcès est décidée. Une syncope dès le début de l'intervention nécessite la trachéotomie. La malade meurt. Du pus très épais venant du médiastin s'écoule en assez grande quantité.

On obtient des cultures pures de *streptocoques*.

L'autopsie permet de trouver du pus dans tout le cou et le médiastin antérieur.

Obs. 7 (Collet, 1910), résumée. — Thyroïdite suppurée au cours d'une *coqueluche*.

Une petite fille de 18 mois présenta au cours d'une coqueluche du gonflement et de la rougeur des amygdales, puis une tuméfaction de la grosseur d'une noix siégeant au niveau du corps thyroïde. A ce niveau la peau est rouge et tendue. Il

existe un cornage continu augmentant dans le décubitus dorsal, le diagnostic de thyroïdite est posé.

On incise et on trouve de nombreux abcès aréolaires de l'isthme. On trouve deux poches de pus de part et d'autre de la trachée. La guérison survient en douze jours, l'examen bactériologique révèle du *streptocoque*.

**Obs. 8** (Lecène et Metzger, 1910), résumée. — Une femme de 41 ans VII-pare, entre le 2 septembre à l'hôpital Bichat pour une tuméfaction du corps thyroïde se développant depuis trois semaines.

Le 27 août 1909 elle a eu un accouchement spontané à terme suivi d'une hémorragie de la délivrance. La sage-femme a effectué un tamponnement avec de l'ouate non stérilisée. Le soir la malade est prise de vomissements et de fièvre. Dans les jours qui suivent la température reste élevée et les lochies sont jaunâtres et fétides. La malade ressent des douleurs dans le bas-ventre, elle a de la diarrhée et de la céphalée pendant quinze jours.

Le lendemain de son accouchement la malade remarqua un peu de gêne à la déglutition et un point douloureux derrière la poignée du sternum. Quelques jours après apparaissent, une grosseur au niveau du cou et un fort « mal de gorge ». La tuméfaction augmentant la malade vient à l'hôpital.

On trouve une tumeur du corps thyroïde ; la peau qui la recouvre est rouge et tendue. On perçoit une fluctuation superficielle très nette. Il n'y a plus d'écoulement vaginal notable. Il n'existe aucun antécédent personnel ou familial de goitre.

On pose le diagnostic de thyroïdite d'origine puerpérale.

Le 24 septembre : incision. Le corps thyroïde paraît semé de petits abcès. Il est disséqué tout le long des lobes.

La malade quitte le service le 14 octobre en voie de guérison. Elle est revue en novembre en très bon état général. L'examen bactériologique a montré du *streptocoque*.

Obs. 9 (Manousos, 1900). — L'artilleur B... est entré le 16 novembre avec une pleuro-pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche caractérisée par de la submatité, des râles sous-crépitaux, un souffle et un point de côté violents. On trouve des frottements à l'auscultation de la région hilare. La température est 38°6 le matin et 39°8 le soir, le pouls bat à 110 ou 120, le nombre des respirations est de 28 à 30.

La maladie après une marche régulière fait sa crise le 22 novembre. Le malade reste sans fièvre jusqu'au 27, mais à ce moment la température remonte à 38 degrés et s'accompagne de dysphagie. L'examen montre un pharynx tuméfié et des piliers postérieurs recouverts d'un exudat blanc. Le malade est traité par des badigeonnages au sublimé et du salol par voie buccale.

Les 27 et 28 la température oscille de 37°8 à 38°6. L'exudation pharyngée a disparu.

Le 29 la température remonte à 40°6, toute la région laryngée est tuméfiée, la respiration est difficile et la dyspnée très accentuée. L'état général est mauvais.

Le 30 la température oscille entre 39°6 et 40°1. L'état du malade est le même. De la région hyoïdienne jusqu'à la poi-

gnée du sternum la région des sterno-cléido-mastoïdiens est tuméfiée et douloureuse surtout au niveau du corps thyroïde. Des compresses humides chaudes sont appliquées. On donne au malade du cognac et on lui administre un lavement car il présente une constipation opiniâtre.

Le 1<sup>er</sup> décembre, la température est 38°1 le matin et 38°6 le soir. La tuméfaction des tissus est diminuée en opposition avec le lobe droit du corps thyroïde qui a augmenté de volume.

Le 2 et le 3 pas de fièvre. La tuméfaction persiste surtout au niveau du lobe droit qui présente une fluctuation profonde.

Le 4 la température est 37°4. On fait une incision au niveau du lobe droit à la partie moyenne. Il s'écoule une assez grande quantité de pus jaunâtre, épais et après lavage au sublimé on fait un pansement aseptique. Avant l'incision on avait fait une ponction qui avait ramené du pus dans lequel l'examen microscopique avait montré du *streptocoque seul*. Une culture sur sérum coagulé a certifié la présence du même microbe.

Le soir de l'opération la température monte à 39°6 pour tomber le lendemain matin à 37°5, le soir 38°3. Les jours suivants la suppuration diminue, la température baisse, les signes pulmonaires se résument à quelques sous-crépitations. Le malade va lentement mais progressivement vers la guérison. La plaie est cicatrisée le 24 décembre.

L'auteur pense que l'infection s'est propagée par voie lymphatique.

Obs. 10 (Jeanselme, 1895), résumée. — Eugénie P...,

s'est enrhumée il y a un mois, elle a présenté une toux opiniâtre, une expectoration abondante mais ne fut pas obligée de s'aliter. A la fin de ce rhume survint une douleur au côté droit du cou et aussitôt après une tuméfaction apparut en ce point. En même temps la malade perdit l'appétit et maigrit. Elle eut de la fièvre et des frissons. Après une quinzaine de jours l'état général s'améliora mais le gonflement du cou augmenta.

Lors de son entrée à Beaujon, le 11 juillet 1863, elle présente les signes d'une thyroïdite suppurée. La tuméfaction occupe le lobe droit du corps thyroïde s'étendant de la ligne médiane, qu'elle dépasse d'un centimètre, jusqu'au sterno-cleïdo-mastoïdien sous lequel elle s'engage. En haut elle remonte jusqu'à l'os hyoïde et descend en bas jusqu'à la clavicule. La fluctuation est très nette. Au point le plus saillant, la peau est rouge, amincie, prête à s'ulcérer. On ne constate pas de douleurs vives, les mouvements de la tête sont faciles, il n'y a pas de dyspnée, très peu de dysphagie. La voix est rauque, l'état général mauvais, le faciès jaunâtre et terreux. Les urines ne contiennent que 3 gr. 4 d'urée par litre. Il y a discordance entre le pouls qui est à 120 et la température qui est à 37°7.

Le 12 juillet l'abcès est incisé, il s'écoule environ 300 grammes de pus blanc verdâtre, crémeux, très épais. La cavité est unique avec prolongement derrière la clavicule. Après lavage au sublimé on fait un drainage à la gaze iodoformée.

La guérison survient rapidement. La suppuration est tarie dès le deuxième jour et la cavité est comblée en moins d'une semaine. La malade quitte l'hôpital le 30 juillet.

On n'a pas découvert d'antécédents personnels et familiaux de goître.

Un examen bactériologique complet fit découvrir du *streptocoque prodigiosus* qui provoqua un érysipèle expérimental chez le lapin.

Obs. 11 (Caliceti, 1918). — Il s'agit d'un fantassin de la classe 98, évacué le 21 mars 1918 pour une otite interne droite survenue après un coryza aigu. Dans les antécédents de cet homme on ne trouve aucune maladie.

A l'examen de la région mastoïdienne on trouve une tuméfaction douloureuse à la pression, recouverte par des téguments rouges et œdématiés. Une paracentèse du tympan est pratiquée, il s'écoule du pus mêlé à du sang.

24-29 mars. — La tuméfaction mastoïdienne augmente. La température oscille entre 36°9 et 37°8. Une intervention chirurgicale est décidée.

30 mars. — On pratique un évidement pétro-mastoïdien. Après ensemencement du pus mastoïdien on trouve du streptocoque en chaînettes, en cultures pures.

31 mars. — Température 36°5 le matin, 36°9 le soir, le malade est calme.

2 avril. — Température 36°8 le matin, 37°2 le soir. Etat général bon.

3 avril. — L'aspect de la plaie opératoire est bon.

4 avril. — Vers 15 heures la température monte tout à coup à 39°5. Le malade se plaint de tension douloureuse à la partie antérieure du cou.

5 avril. — Le malade très agité souffre de dysphagie et de dyspnée. On aperçoit une tuméfaction diffuse de la partie

antérieure du cou. En cette région la pression est douloureuse, la température est 37 degrés le matin, 39°2 le soir.

6 avril. — La tuméfaction correspond à la région thyroïdienne. La pression est très douloureuse. Le malade est très agité et présente des palpitations et de la tachycardie. Pouls à 112, température 37°3 le matin, 39°1 le soir.

7 avril. — La tuméfaction s'est localisée à la région thyroïdienne et correspond exactement au corps thyroïde comme situation et comme forme. C'est une tuméfaction de consistance dure et élastique, douloureuse à la pression et suivant les mouvements du larynx. Le malade a des vomissements pendant près d'une heure. Pouls à 130, température 37°4 à 9 heures. On remarque alors que le malade présente un tremblement vibratoire bref, rapide, régulier de la main. La plaie opératoire a très bon aspect. Elle bourgeonne.

8 avril. — La dysphagie persiste. La tuméfaction prédomine au niveau du lobe gauche. Le malade se plaint d'être dans un état nauséux. Il a une fixité spéciale du regard, ses yeux sont brillants, la fente palpébrale est plus grande que d'habitude. Le malade est dans un état de nervosisme particulier. On ne trouve pas d'exophtalmie, ni signe de De Graefe, ni de signe de Stellwag. Par contre il présente le signe de Möbius. Il y a persistance des palpitations, de la tachycardie et du tremblement, le pouls est à 140, la température 37°1 le matin, 38°2 le soir.

9 avril. — Pouls : 156, température 37°4, 38°4. Pas de fluctuation.

10 avril. — La tuméfaction augmente au niveau du lobe droit. Il existe des douleurs spontanées irradiant au côté droit du cou. Pouls 160, température 37°4, 38°1.

11 avril. — Le malade a la sensation d'étouffer, il a une toux rauque. L'état général est grave. Pouls 165, température 37° 4. La fluctuation apparaît au niveau du lobe droit, qui est incisé. Il s'écoule un pus fluide, abondant sans mauvaise odeur. L'examen bactériologique fait découvrir le même streptocoque que dans le pus mastoïdien.

12 avril. — Le malade a la sensation d'être soulagé. Sa respiration est régulière, il ne tousse plus. Pouls 145, température 37° 6, 37° 3.

13-17 avril. — Température maxima 37° 5. Les palpitations deviennent intermittentes. Pouls 120 à 140. La fente palpébrale reste grande.

18 avril. — Apparition d'une très forte douleur de la région lombaire gauche obligeant le malade à garder le décubitus latéral et l'immobilité. Les plaies sont belles. Température 36° 7, 38° 6, pouls 121.

19 avril. — Persistance de la douleur lombaire qui a son maximum à 4 centimètres des apophyses épineuses des vertèbres lombaires, à gauche. Température 36° 3, 39° 3, pouls 114.

21 avril. — Légère tuméfaction de la région lombaire à limites bien nettes, recouverte de peau normale. La pression à ce niveau est douloureuse. On trouve un peu d'albumine dans les urines.

22 avril. — Température 37° 4 le matin, 39° 2 le soir, pouls 135. Les douleurs lombaires sont très vives et exagérées par les mouvements du tronc ou des membres inférieurs. On ne trouve rien de pathologique à la colonne vertébrale ni au bassin. On a la sensation d'une fluctuation profonde.

Intervention : On trouve dans la loge rénale une volumineuse collection de pus.

23 avril. — Température 36°9, 37° 1.

24 avril. — Etat général meilleur. Température 36° 6, 37°2, pouls 114. La plaie mastoïdienne est en voie de cicatrisation. On maintient encore un petit drain dans la plaie thyroïdienne.

25 avril. — Le malade accuse dans la fesse droite une douleur gênant les mouvements de l'articulation. On ne constate rien à l'examen de cette région. Température : 37°, 37° 9.

27 avril. — Augmentation de la douleur dans la fesse droite. A la palpation on trouve un point douloureux au niveau du grand trochanter. Une ponction exploratrice ramène 1 centimètre cube de pus café au lait.

Incision profonde et grattage.

28 avril. — Température : 36°4, 37°4, pouls 116. Plus de palpitations.

29 avril. — La plaie mastoïdienne est fermée. Les plaies des régions thyroïdienne, lombaire et trochantérienne se maintiennent bien drainées. Température : 36° 3, 37°3, pouls 112.

30 avril. — Etat général meilleur. Température : 36° 3, 37°4, pouls 110.

1<sup>er</sup> au 7 mai. — L'état du malade s'améliore.

7 au 15 mai. — Fermeture de la plaie thyroïdienne. La tachycardie est intermittente et peu accentuée : 101 à 106 pulsations. Le malade est moins nerveux.

16 mai. — Il est évacué vers l'arrière.

Obs. 12. — (Parisot, 1910). — Il s'agissait d'une femme de 25 ans, accouchée 15 jours auparavant d'un enfant bien

constitué. Suites de l'accouchement normales(?) pendant les 10 jours suivants. A ce moment, légère élévation thermique coïncidant avec l'apparition d'un écoulement vaginal de coloration roussâtre, tous accidents qui durent 3 jours et disparaissent à la suite d'une injection intra-utérine.

Mais dans la nuit du treizième au quatorzième jour cette femme ressent une douleur cervicale de plus en plus intense, en même temps que la région antérieure du cou augmente de volume. C'est à ce moment quelle est amenée à l'hôpital.

On constate immédiatement tous les signes d'une thyroïdite aiguë : tuméfaction thyroïdienne nullement fluctuante douloureuse portant sur les deux lobes et surtout sur le droit ; douleurs cervicales avec irradiations entraînant une immobilisation de la tête en flexion, dysphagie légère ; la température se maintient entre 37° 5 et 38 degrés. Le pouls est très rapide oscillant de 120 à 130 pulsations à la minute ; pression artérielle basse (11 à 12 au Potain) ; quelques accès de palpitations cardiaques, réactions vaso motrices très marquées. L'examen de la sphère génitale ne décèle rien d'anormal : il semble que les accidents soient essentiellement localisés à la glande thyroïde. L'état de celle-ci se maintient identique pendant les deux jours suivants (traitement antiphlogistique habituel). La tachycardie persiste ainsi que l'hypotension artérielle, les palpitations cardiaques la température ne dépassant cependant pas 38 degrés.

Puis une résolution notable apparaît les 3 jours suivants ; la tuméfaction thyroïdienne diminue, la douleur s'amende, la tachycardie est moindre (110), la pression artérielle est à 13. Il semble que la résolution thyroïdienne va se produire quand subitement, la malade ressent un frisson ; la tempé-

rature qui, ne dépassait plus 37° 5 s'élève à 39 degrés et on constate bientôt les signes d'une bronchopneumonie.

Sans qu'aucune manifestation nouvelle intervienne l'état général s'aggrave dans les jours suivants et la malade succombe.

*A l'autopsie* : dans les deux poumons lésions très marquées, caractéristiques de la bronchopneumonie. La rate est un peu augmentée de volume ; pas de rétention utérine.

La glande thyroïde est volumineuse ; poids total 45 grammes. Parenchyme très congestionné extérieurement. A la coupe, la surface est rouge avec zones violacées ; on y constate l'existence de deux petits foyers purulents gros comme une tête d'épingle.

Le pus examiné montre la présence d'éléments ayant les caractères du *streptocoque*, fait que confirment les cultures.

Au microscope, lésions caractéristiques de thyroïdite à la phase congestive ; présence de lacs remplis de substance colloïde : capillaires et vésicules en certains points littéralement gorgés d'hématies. Infiltration leucocytaire repartie en îlots, particulièrement autour des vaisseaux.

### C. — Thyroïdites à pneumocoques

**Observation 1** (Lion et Bensaude, 1894), résumée. — Un sujet normal présente une pneumonie franche aiguë siégeant à gauche. La marche de la maladie est un peu prolongée et la défervescence est complète seulement le seizième jour. Pendant la semaine qui suit, le malade semble se rétablir très vite, mais par trois fois sa température atteint 38 degrés le soir.

Une semaine après la défervescence, vingt-quatre jours après le début de la maladie apparaît une tuméfaction du cou au niveau du lobe gauche du corps thyroïde en même temps que la température monte à 39 degrés ; une ponction ramène une seringue de pus verdâtre où l'on trouve du *pneumocoque* à l'état pur. La fièvre tombe et l'abcès cesse de s'accroître.

Une semaine après la ponction, l'abcès est incisé et la guérison survient en onze jours.

**Obs. 2** (Durante, 1894), résumée. — Un homme jeune et vigoureux entre pour une pneumonie franche aiguë évoluant normalement. La défervescence se fait le neuvième jour. Le lendemain la température est à 38 degrés et des douleurs apparaissent au niveau du cou. On remarque en effet une tuméfaction du corps thyroïde qui est apparue depuis quarante-huit heures au plus. Par oscillations ascendantes la température atteint 39 degrés le troisième jour. Le lobe droit du corps thyroïde augmente progressivement de volume et devient fluctuant.

Le quatrième jour une ponction ramène quelques gouttes d'un pus vert et bien lié. Le lendemain on en retire quelques centimètres cubes.

L'abcès est incisé ; il en sort environ 20 grammes de pus ; quelques jours plus tard le malade part guéri.

A l'examen bactériologique on trouve du *pneumocoque*.

**Obs. 3** (Letulle et Lecomte, 1909), résumée. — Pneumonie double ; arthrite suppurée ; abcès multiples ; thyroïdite suppurée : guérison.

Un chauffeur de 41 ans est admis le 21 juin 1909 pour une pneumonie du sommet droit. On trouve chez lui des antécédents d'éthylisme.

Pendant trois jours il présente des symptômes de délire, la température reste entre 39°5 à 40 degrés.

Le 25 juin le malade est plus calme, respire plus facilement. La température est à 38°6. Mais alors qu'à droite les signes pulmonaires rétrocedent on constate à la base gauche l'apparition de signes d'une hépatisation nette.

Le 26 juin les signes s'accusent confirmant la présence d'un deuxième foyer de pneumonie : température 39 degrés. Le malade se plaint d'une douleur fau cou de pied gauche Cette région est tuméfiée, rouge et douloureuse. Le doigt y laisse son empreinte.

Le lendemain l'articulation est de plus en plus tuméfiée et douloureuse ; la rougeur remonte à la partie inférieure de la jambe. On perçoit de la fluctuation à la face postérieure de la malléole externe. Température 40 degrés. Une incision est pratiquée au point fluctuant et donne issue à un pus crémeux.

Le 28 juin la température tombe à 39 degrés.

Le 29 juin on constate sur le dos du malade l'apparition d'un grand nombre de petits abcès siégeant du côté gauche et à la base du thorax.

Du 30 juin au 12 juillet un nombre considérable de ces petits abcès se succèdent, empiétant à peine sur le côté droit, le maximum étant au niveau de foyer pneumonique. De tous ces abcès s'écoule un pus très épais. Plusieurs se rejoignant forment 4 gros abcès qui donnent ensuite de véritables ulcérations à bords décollés. L'état général est assez

satisfaisant et la pneumonie rétrocede. Température oscillant entre 38 degrés et 39 degrés.

Le 9 juillet, alors que depuis quelques jours la fièvre semble diminuer, le malade se plaint d'une légère dysphagie. La température remonte à 39 degrés et l'on constate une thyroïdite. La tuméfaction augmente et se circonscrit au lobe gauche.

Le 14 juillet l'abcès est tendu et fluctuant. Après incision il s'écoule 4 cuillerées à soupe de pus. Puis l'état s'améliore et le malade sort guéri le 16 août.

L'examen bactériologique du pus fait découvrir du *pneumocoque*.

**Obs. 4** (Gérard Marchand, 1891), résumée. — Chez une femme de 72 ans trois semaines après une pneumonie apparaissent de la douleur et du gonflement au niveau du corps thyroïde. On a tout d'abord pensé à un néoplasme, mais après incision on a trouvé du pus contenant du *pneumocoque*.

**Obs. 5** (Tavel 1892), résumée. — Une malade de 20 ans présente le premier jour de sa maladie de la céphalalgie, de l'inappétence et des vomissements. A ces symptômes s'ajoutent le lendemain de la lassitude et des frissons.

Le troisième jour la malade se plaint de points douloureux aux côtés du cou et de dysphagie. On remarque du gonflement du côté droit du cou. Le pouls est à 116. La malade présente des phénomènes de paralysie et d'irritation du grand sympathique : son faciès est rouge, ses pupilles sont dilatées et inégales. La tumeur est incisée et il s'en

écoule un pus brun sale où l'on retrouve du *pneumocoque*.  
Guérison.

L'année précédente la malade avait eu le typhus et une pneumonie.

Obs. 6 (Goubareff, 1908), résumée. — Un soldat entre à l'hôpital de Riga pour une *pneumonie* lobaire. La défervescence survient au bout d'une semaine en même temps qu'apparaît sur le côté gauche du cou une tumeur très douloureuse. Le température remonte.

En une semaine le lobe du corps thyroïde devient de la grosseur d'un poing. La malade a des troubles de la déglutition et de la respiration. Après incision il s'écoule 50 grammes de pus franc.

La guérison est lente et une otite moyenne aiguë vient compliquer la convalescence.

Obs. 7 (Manousos, 1900). — Le soldat B..., entre à l'hôpital le 16 janvier 1900 avec de la fièvre. Depuis trois jours il tousse et souffre d'un point de côté à droite. Sa température est de 39°5, son pouls 70, le nombre des respirations de 30 par minute. A l'examen on trouve des râles crépitants, un souffle s'entend à droite à la pointe de l'omoplate. Sa rate est hypertrophiée, son ventre présente du tympanisme. On lui donne un purgatif, de la quinine, on lui applique des ventouses et des cataplasmes.

Les jours suivants, la *pneumonie* envahit le poumon droit en même temps que l'on voit apparaître un ictère avec foie gros et douloureux. Les urines sont albumineuses. Le malade présente du tephos, délire, sa langue est sèche. Sa

température oscille entre 38°5 et 38°6, pouls : 112 à 130. On fait des injections de caféïne et d'huile camphrée.

Le 29 janvier la défervescence se produit. La température est à 36°5 et le pouls à 60. Le malade reprend son esprit. L'ictère est moins prononcé, les urines ne sont plus albumineuses, mais le foie reste gros.

Le 30 janvier B... n'a pas de fièvre mais il se plaint de dysphagie, sa voix est enrouée. On remarque une légère tuméfaction du corps thyroïde. Des gargarismes sont prescrits ainsi que des applications de compresses humides chaudes sur le cou.

Du 31 janvier au 2 février pas de température, mais apparition de deux abcès sous-cutanés à la face externe des deux bras, à l'endroit des piqûres qui avaient été faites avec aseptie. Incision.

Le 3 février apparaît de la tuméfaction de l'épaule gauche qui est douloureuse. Le corps thyroïde est plus gros et plus douloureux. Les tissus environnants ne sont pas enflammés. Une pommade à l'extrait de belladone est appliquée sur l'épaule et des pansements sur le corps thyroïde.

Le malade est toujours apyrétique, mais il continue à présenter de l'enrouement et de la dysphagie. L'inflammation du corps thyroïde aboutit à un abcès qui est incisé au niveau du lobe gauche au point le plus saillant, il s'en écoule un pus louable, épais, visqueux. Après lavage au sublimé à 1/2000 on fait un pansement aseptique.

Dans les jours qui suivent l'écoulement du pus diminue progressivement. L'enrouement a disparu ainsi que la tuméfaction du foie et l'ictère. La tuméfaction de l'épaule et la douleur ont diminué.

Le malade sort de l'hôpital le 26 février après trente-sept jours. L'examen bactériologique n'a pu être fait.

#### D. — Thyroïdites à staphylocoques.

**Observation 1** (Dambrin, thèse de Kharon, 1914), résumée. — L... Auguste, cordonnier, 21 ans, présente vers le 5 ou 6 août 1906 une éruption furonculaire du creux axillaire droit.

Le 13 août surviennent une céphalée violente, de la fièvre et des vomissements.

Le lendemain le malade éprouve une sensation de brûlure au niveau du pharynx.

Le 14 apparaît de la dysphagie, puis dans les jours suivants, le cou augmente de volume et le malade entre à l'Hôtel-Dieu de Toulouse le 17 août.

A l'examen on trouve une tuméfaction au niveau du corps thyroïde. C'est une tumeur lisse et dure siégeant au niveau du lobe droit et de l'isthme. La température est à 39°2. On pose le diagnostic de thyroïdite.

Le 22 août, le malade est passé en chirurgie où on lui applique des pansements humides.

Le 24 août, une ponction exploratrice ne ramène pas de pus. Pas de fluctuation.

Le 29 août, la peau est œdématiée et de coloration rouge violacé.

Le 30 août, l'intervention est pratiquée. Après avoir traversé une épaisseur de 1 cm. 1/2 de tissus, le bistouri arrive dans une poche purulente d'où s'écoule un pus jaune bru-

nâtre sans odeur. Drainage. Guérison le 14 septembre. A l'examen bactériologique on trouve du *staphylocoque*.

Obs. 2 (Lannelongue, *in* Rascol, 1891), résumée. — Ostéomyélite de l'extrémité supérieure du tibia droit; arthrite purulente du genou gauche; abcès du corps thyroïde.

Dans le pus on a trouvé du *staphylocoque doré*.

**E. — Thyroïdites dont l'origine n'a pas été précisée  
par un examen bactériologique.**

Observation 1 (Bron, 1862), résumée. — *Thyroïdite a frigore*? — Une malade, âgée de 23 ans, entre à l'hôpital le 14 décembre 1861 pour une tumeur assez volumineuse siégeant à la partie gauche du cou. Cette femme raconte qu'elle s'est exposée au froid à l'époque de ses règles. Celles-ci se sont arrêtées et deux jours plus tard elle ressentait les malaises suivants : céphalée, courbature et fièvre. Après une application de sangsues au niveau des cuisses les règles ont reparu et c'est à ce moment que son cou se mit à grossir. En vingt-quatre heures le côté gauche a atteint un tel volume que la saillie de la mâchoire est disparue. Toute la région est chaude, tendue, douloureuse.

Au moment de son entrée à l'hôpital la tuméfaction était moins accentuée, d'un rouge sombre et fluctuante en son centre. L'abcès est ouvert trois jours plus tard et la malade partit bientôt guérie.

Obs. 2 (Détrieux, 1879), résumée. — *Thyroïdite a frigore*? — Mme L..., 44 ans, a un refroidissement au mois de

décembre. Le 24, on constate une amygdalite. Le 25, des points douloureux apparaissent de chaque côté du larynx et une très petite tuméfaction bilatérale siège au niveau des lobes thyroïdiens. La malade n'a pas de fièvre.

L'état reste stationnaire jusqu'au 12 janvier, date à laquelle les lobes thyroïdiens augmentent de volume.

Le 14, la peau est rouge et la tumeur fluctuante. Les deux lobes thyroïdiens sont séparés par un sillon très prononcé.

Le 19 janvier, le Dr Tillaux diagnostique une thyroïdite et fait placer un large vésicatoire au niveau du cou.

Le 23 janvier, l'abcès s'ouvre de lui-même du côté gauche. Il s'écoule un pus bien lié, mêlé par instant de grumeaux et de sang noir.

Le 3 février, la partie droite s'est ouverte spontanément; il en sort un liquide huileux mêlé à quelques grumeaux de pus.

Le 15 février, guérison.

**Obs. 3** (Galliard, 1895), résumée. — *Thyroïdite post-grippale*. — Une femme de 40 ans, après avoir eu une grippe en mars 1895, présente une semaine après sa guérison une douleur vive à la déglutition. Il se forme une thyroïdite aiguë intéressant surtout le lobe droit.

Le 23 mars, la peau est rouge, tendue et très sensible; mais l'affection évolue vers la guérison qui survient sans intervention le 29 mars. Une tachycardie qui existait avant l'infection persiste. Il n'y a pas de goitre.

**Obs. 4** (Lepetit, 1909), résumée. — *Thyroïdite post-grippale*. — Thyroïdite suppurée post-grippale sans symptômes graves, guérie par une simple incision.

**Obs. 5** (Sibald Robertson, 1911), résumée. — Une jeune fille de 16 ans est admise à l'hôpital pour une tuméfaction douloureuse du cou. Six semaines auparavant elle avait eu une *toux croupale* accompagnée huit jours plus tard de gêne à la respiration, légère d'abord mais croissante. C'est pour sa dyspnée que la malade vint à l'hôpital.

A l'examen on trouve la thyroïde très augmentée dans toutes ses parties. La palpation très douloureuse ne fait pas sentir de fluctuation. La température est peu élevée. On fait une incision qui est suivie d'une trachéotomie. L'isthme est sectionné au thermocautère. La température augmenta et resta pendant cinq jours aux environs de 102 degrés Fahrenheit, puis revint à la normale. La tumeur diminua de volume et la respiration devint plus facile. Guérison en trois semaines.

Dix-huit mois plus tard la malade revue pour un lymphosarcome de l'ovaire présentait un corps thyroïde normal.

**Obs. 6** (Sibald Robertson, 1911), résumée. — Une femme de 29 ans est atteinte de *diphtérie* à forme favorable depuis quinze jours. Elle présente en ce moment une inflammation aiguë de la thyroïde s'accompagnant de douleurs. La tuméfaction est de la grosseur d'une orange. La température est peu élevée et la malade n'a pas de dyspnée. Dix jours plus tard, la tumeur atteignait la poignée du sternum, la peau était rouge et la sensibilité était intense. L'abcès fut ouvert et la malade guérit sans incident.

**Obs. 7** (Th. Jonnesco, 1898), résumée. — A la séance du 15 juin 1898 de la Société de Chirurgie de Bucarest, M. Jon-

nesco a présenté un malade opéré d'une thyroïdite suppurée. Le lobe droit contenait des nodules calcaires et le lobe gauche, une poche purulente. Réunion par première intention.

**Obs. 8** (Variot et Roland, 1907), résumée. — Un enfant de 14 ans est amené à l'hôpital pour des troubles de la voix. Le malade se plaint de la gorge mais l'attention est attirée par le fait que sa tête est immobilisée. L'aphonie est presque totale. A l'examen du larynx on trouve des lésions minimales, insuffisantes pour expliquer les troubles de la voix. Un gonflement très notable de la région antérieure du cou fait porter le diagnostic de thyroïdite aiguë. Tout ce qui mobilise ou comprime le corps thyroïde hypertrophié est cause de douleurs extrêmement vives. L'état général est sérieux, la langue est saburale, le malade a de la fièvre et des frissons.

Le Dr Broca pense à la possibilité d'une suppuration. Sous l'influence de compresses humides chaudes la tuméfaction a disparu en quatre ou cinq jours. La maladie a commencé par un coryza qui a duré une dizaine de jours. La thyroïdite est vraisemblablement d'origine grippale.

**Obs. 9** (Perretière, 1906), résumée. — Une jeune fille de 17 ans, un mois avant son entrée à l'hôpital a présenté un état aigu qu'elle qualifie de grippal. En même temps elle s'aperçut que son cou augmentait de volume. Pendant trois semaines elle eut de la céphalée, de la dysphagie et de la dyspnée. La tuméfaction était sensible et tendue. Trois jours avant son entrée à l'hôpital la dyspnée s'accompagnait de tirage et de cornage et était entrecoupée de paroxysmes suffocants.

A son entrée, le 9 décembre on constate une tuméfaction de la face antéro-latérale gauche du cou du volume d'une orange, tendue, sans modification des téguments. L'état général est mauvais, la température est à 40°.

On intervient d'urgence ; il s'écoule une cuillerée de pus et une grande quantité de sang. La malade se sent très soulagée et respire plus facilement.

Les jours suivants les suites opératoires sont bonnes mais la malade présente parfois, et à l'occasion des mouvements, une ébauche de spasme glottique. Dans la nuit du 16 au 17 décembre la respiration devient plus gênée.

Le 17 au soir la malade ayant présenté dans la journée des accès de suffocation, l'interne de garde, M. Perretière, est appelé auprès d'elle. Il la trouve à demi assise dans son lit, le visage pâle non cyanosé. Sa respiration est régulière mais superficielle. L'examen du cou provoque des accès de spasme glottique. Dix minutes plus tard la malade présente brusquement des accidents dyspnéiques intenses et se cyanose en quelques secondes. Le visage est bouffi, les yeux injectés et brillants. La malade ne présente que 2 ou 3 respirations bruyantes par minute ; pas de toux, pas d'expectoration. La trachéotomie s'impose pour spasme glottique. La malade ne respire plus mais on perçoit encore quelques pulsations. La trachée est ouverte. A ce moment on voit sourdre par les narines et la plaie trachéale un liquide séreux et spumeux. Le diagnostic d'œdème suraigu du poumon s'impose. La canule est introduite et on pratique la respiration artificielle. A chaque compression du thorax, un flot de liquide séreux, mousseux sort par la canule. La malade a succombé en moins d'un quart d'heure.

**Obs. 10** (Knight, 1880). — Un fermier de 39 ans, vint me voir en 1878 et me raconta l'histoire suivante, qui m'a été confirmée depuis par son médecin traitant : Il a eu la fièvre typhode à l'âge de 20 ans. Depuis cette époque il a toujours été en bonne santé. En mai 1878, une tuméfaction sensible apparaît au niveau du corps thyroïde qui n'était pas gros auparavant. En même temps surviennent des douleurs de la dysphagie, une fièvre élevée, mais le malade n'a pas de troubles respiratoires. Après dix-neuf jours le malade souffre tant qu'il a l'intention de se donner un coup de couteau. La tumeur qui était aussi grosse que le poing fut ouverte par un médecin ; il s'en écoula beaucoup de pus. Avant l'opération la tumeur montait jusqu'au menton et le malade avait la tête penchée en arrière.

Trois semaines après la première intervention comme il restait encore de la tuméfaction on l'opéra de nouveau. L'incision fut faite en un point inférieur et on retira une once de pus.

Après six semaines la tuméfaction était redevenue aussi grosse que la moitié d'un œuf. On appliqua dessus du porc et il sortit encore une demi-cuillerée de pus pendant deux jours. Une nouvelle petite tuméfaction qui apparaissait disparut à la suite d'une application de teinture d'iode. Pendant sa maladie, cet homme perdit 41 livres en trente jours. Lorsque je le vis il présentait encore une légère tuméfaction et la glande thyroïde était indurée.

## ÉVOLUTION

Le début des thyroïdites aiguës suppurées peut revêtir deux modes différents : il est *brutal* lorsque la thyroïdite survient chez un individu en bonne santé ; il est *insidieux* lorsqu'elle survient chez un individu en cours de maladie.

Le premier mode est le plus rare, mais le plus riche en symptômes. Très souvent l'infection se manifeste par un grand *frisson*, subit et violent ressemblant à celui de la pneumonie. La température atteint rapidement 39 à 40 degrés. Le pouls est rapide mais régulier et bien frappé.

Le malade se plaint de malaises divers : céphalée violente, état nauséeux aboutissant souvent aux vomissements, courbature, inappétence.

G. Singer a signalé la paresthésie des mains, qu'il a observée dans 5 cas au début de la thyroïdite. Il considère ce signe comme l'indice d'un trouble fonctionnel de la glande thyroïde, car il existe aussi dans la maladie de Basedow.

Un des signes les plus précoces est la *dysphagie*. Elle est le plus souvent légère. Le malade se plaint d'avoir « mal à la gorge » et souvent le diagnostic est orienté vers une amygdalite. Ce n'est que dans

les jours qui suivent, grâce à l'apparition de nouveaux signes, que l'on est amené à penser au corps thyroïde. Parmi ceux-ci est la *douleur* siégeant le plus souvent de chaque côté du larynx.

Cette douleur est *spontanée*, continue, irradiant vers l'épaule, la nuque, le sommet du crâne, l'oreille, les bras. En intensité elle peut présenter tous les degrés, tantôt à peine prononcée, tantôt au contraire devenant intolérable comme chez le malade de Knight. Elle peut survenir par paroxysmes.

La douleur est *provoquée* par la phonation, par les mouvements de déglutition ce qui fait que le malade laisse s'écouler sa salive, par les mouvements de la tête que le malade immobilise alors dans une attitude de flexion, exagérée du côté de la lésion lorsque celle-ci est unilatérale. La pression augmente la douleur ce qui rend souvent l'examen de la région difficile.

En même temps, mais le plus souvent dans les jours qui suivent, apparait la *tuméfaction* qui est tout d'abord diffuse englobant toute la partie antérieure du cou. Parfois au contraire elle se localise dès le début au corps thyroïde. Généralement l'apparition de cette tuméfaction s'accompagne d'une exacerbation de tous les symptômes préexistants en particulier la douleur et la fièvre.

La tumeur soulève la peau qui ne lui est pas adhérente, qui reste saine mais dont la température locale est augmentée. On observe fréquemment de la douleur au pincement.

La tumeur est *solidaire du conduit laryngo-trachéal* et l'accompagne dans ses mouvements. C'est là le signe pathognomonique des tumeurs thyroïdiennes. Elle est mobilisable sans douleur avec la trachée dans le sens horizontal. La mobilisation est extrêmement douloureuse dans le sens vertical.

La palpation fait sentir une masse dure, lisse quelquefois rénitente, occupant parfois toute la glande mais le plus souvent localisée à un seul lobe : De Quervain trouve 20 thyroïdites du lobe droit pour 9 du lobe gauche et 15 bilatérales. A ce moment le malade se plaint de tension douloureuse, d'une *dyspnée* qui est le plus souvent accentuée dans le décubitus dorsal. Assez fréquemment on note de l'enrouement, plus rarement de l'aphonie, de la toux. La face est congestionnée par suite de la compression des gros vaisseaux du cou.

On a signalé des troubles du côté de la sécrétion thyroïdienne se traduisant par de la tachycardie, du tremblement vibratoire des mains, le signe de Möbius, l'augmentation de la fente palpébrale, l'irritabilité du caractère (observation de Caliceti). Tavel et Géza Gali ont observé des faits analogues. Singer a signalé la paresthésie des mains.

L'évolution peut se poursuivre de différentes manières :

1° Par *résolution*. Ce mode d'évolution est exceptionnel. Lebert admettait qu'il se produisait dans le quart des cas. De Quervain le croit beaucoup moins fréquent. Lorsque la maladie évolue dans ce sens la

fièvre tombe rapidement et les différents symptômes s'atténuent peu à peu. Le pronostic dans ces cas serait excellent si l'on ne voyait plus tard apparaître des altérations fonctionnelles persistantes. La sécrétion thyroïdienne peut être supprimée, ce qui amène le myxœdème, ou altérée, ce qui explique les faits de maladie de Basedow succédant à une thyroïdite ;

2° Vers la *suppuration*. Nous verrons tout à l'heure les signes qui permettent de la diagnostiquer ;

3° Vers une *période intermédiaire*, qui se voit assez fréquemment, et pendant laquelle tous les symptômes s'atténuent. Puis après quelques jours, quelquefois plusieurs semaines de calme, les symptômes reviennent plus accentués qu'auparavant et l'évolution reprend son cours vers la résolution ou plus souvent vers la suppuration.

Le début est *insidieux* lorsque la thyroïdite survient au cours de maladies comme la typhoïde, l'infection puerpérale, la pneumonie, la grippe, etc... Il se signale surtout par une dysphagie, puis des douleurs au niveau du cou. On trouve tous les mêmes symptômes que dans l'autre mode de début mais ils sont beaucoup plus atténués. Le signe le plus précoce est *l'élévation de la température* survenant brusquement pendant une période de défervescence ou de convalescence.

*Phase de suppuration* : pour Lebert, 64 % des cas des thyroïdites évoluent vers la suppuration. Celle-ci est annoncée par l'augmentation rapide et subite de la tumeur qui en même temps se localise de plus

en plus. Il y a recrudescence de la fièvre, de la douleur, des frissons et aggravation de la dyspnée. La peau devient rouge, quelquefois violacée : elle est œdématisée et adhérente à la profondeur. La fluctuation est très tardive et on ne doit pas attendre sa perception nette pour donner issue au pus. En effet, si l'on attend trop, il peut diffuser dans la loge cervicale, ou même en dehors d'elle. Le pus peut ulcérer les vaisseaux carotidiens (Lejars). Nous empruntons à Gérard Marchand le tableau suivant sur les évolutions des thyroïdites suppurées abandonnées à elles-mêmes :

Ouverture dans :

Le médiastin antérieur : 1 cas de Lucke.

Le médiastin postérieur : 1 cas de Lebert.

La cavité pleurale : 1 cas de Lebert.

L'œsophage : 1 cas de Kocher.

Le larynx : 1 cas de Lebert.

La trachée : 9 cas : 1 de Kocher, 6 de Ribéri, 1 de Veil, 1 de Krishabert.

Lorsque l'abcès est incisé il s'en écoule un pus qui est variable comme aspect suivant les variétés microbiennes.

L'évolution peut revêtir des formes anormales.

1° Elle peut passer inaperçue, l'autopsie seule révélant les lésions de thyroïdite. Ceci se rencontre lorsque la thyroïdite survient chez des sujets atteints d'une maladie grave (observation de Tavel).

2° La tuméfaction peut atteindre d'emblée un

volume considérable comme chez la malade de Bron ou en vingt-quatre heures elle s'étendit du sternum au menton.

3° Certains symptômes peuvent prédominer au point de changer complètement l'allure générale de la maladie. Presque toujours il s'agit de la dyspnée. Laure rapporte un cas de mort dans un accès de dyspnée chez une malade atteinte de thyroïdite puerpérale. La malade de Basso meurt avant toute intervention. La malade de Perretière est trachéotomisée pour des crises de spasme glottique et meurt à ce moment, d'œdème du poumon.

Ce sont ces formes que l'on a appelées *thyroïdites suffocantes*. Elles commencent le plus souvent par un envahissement à grand fracas auquel succèdent des signes de compression grave. Le malade est anhélant, la respiration est rapide accompagnée de cornage et de crises paroxystiques de dyspnée. La face est cyanosée et livide. Le malade a des vertiges et des éblouissements ininterrompus.

4° Il existe des *formes à migrations anormales*, le pus fusant vers le médiastin, l'œsophage, la trachée etc...

5° *Forme disséquante de Lebert.*

Le début est en général très brutal. En quelques jours la peau devient livide et tachée de marbrures. La palpation fait sentir une rénitence particulière, parfois même de la crépitation gazeuse avec de la sonorité à la percussion.

Les symptômes sont ceux d'une septicémie grave.

A l'incision il s'écoule une sérosité roussâtre mélangée souvent de gaz fétides et de lambeaux de tissu thyroïdien sphacélé. La glande elle-même est souvent réduite à une coque violacée ou brunâtre contenant des débris nécrosés. Elle paraît disséquée dans la loge cervicale moyenne. Malgré l'extrême gravité de cette forme le pronostic n'est pas forcément fatal. Lebert a vu 4 guérisons pour 7 cas.

6° La *forme gangréneuse* est également très rare. Elle débute comme les thyroïdites aiguës, mais au bout d'une semaine, elle évolue vers le sphacèle. Alors peut apparaître à la peau une rougeur livide quelquefois même une tache de gangrène superficielle.

Les *complications* des thyroïdites sont générales ou locales. Les *complications générales* sont assez rares. On les observe sous forme d'abcès métastatiques au niveau du cœur et des reins (malade de Basso), du médiastin (malade de Grimoud), du tibia (malade de Lannelongue). En réalité, comme la thyroïdite elle-même, ce sont plutôt des affections locales succédant à l'infection générale. Dans les strumites on observe de la dégénérescence amyloïde succédant à une suppuration prolongée.

Coissard, dans sa thèse, rapporte 2 cas dus à Gilbert et Castaigne de maladies de Basedow évoluant dans la convalescence de strumites post-typhiques. Cette complication semble d'ailleurs plus

fréquente dans les infections évoluant lentement et frappant la glande thyroïde en totalité. Cette transformation en goitre exophtalmique est en effet signalée dans les thyroïdites tuberculeuses et syphilitiques, plus particulièrement et il semble qu'un assez grand nombre de maladies de Basedow aient une origine spécifique ; les résultats obtenus par le traitement anti-syphilitique paraissent démontrer cette étiologie (Abrahams, Penzold). Inversement la sclérose cicatricielle peut laisser une glande insuffisante et le malade évolue vers le myxœdème.

Les *complications locales* sont plus fréquentes. Les troubles de compression symptômes habituels des thyroïdites aiguës, peuvent atteindre une telle intensité qu'ils deviennent une véritable complication. On les voit surtout dans les strumites apparaissant dans des goitres plongeants.

Les *suppurations propagées* s'ouvrant dans certains organes peuvent provoquer des accidents graves. Ces faits se font beaucoup plus rares aujourd'hui où l'on intervient précocement. On a vu le pus dénuder le larynx, la trachée, l'œsophage, les gros vaisseaux, la crosse de l'aorte elle-même. Ces organes peuvent être ulcérés : la perforation de la trachée amène la broncho-pneumonie ; l'atteinte des gros vaisseaux provoque des hémorragies foudroyantes : Lejars a perdu une de ses malades par ulcération de la carotide primitive et de la jugulaire interne. Lebert a vu le pus se propager vers la plèvre.

Parisot, en 1910, a étudié les *complications car-*

*dio-vasculaires* des thyroïdites aiguës. Il a trouvé une tachycardie atteignant 120 à 140 pulsations par minute, n'ayant aucun rapport avec la température. Cette *dissociation entre le pouls et la température* est frappante et lorsqu'elle apparaît en même temps qu'une douleur localisée à la région antérieure du cou elle doit faire orienter le diagnostic vers une atteinte du corps thyroïde. Cette tachycardie peut s'accroître à l'occasion d'un effort.

On observe des palpitations cardiaques qui sont plus ou moins douloureuses et surviennent par crises ; les réactions vaso-motrices sont exagérées et s'accompagnent de sensations de chaleur, de sueurs généralisées ou localisées en particulier au niveau de la face.

L'abaissement de la tension artérielle correspond au pouls qui est faible et dépressible. Son chiffre est généralement de 5 à 6 au-dessous de la normale. Cette hypotension peut causer des troubles graves d'hyposystolie avec faiblesse extrême du pouls.

Ces troubles cardio-vasculaires semblent correspondre à la phase de congestion de la glande. Ils diminuent lorsque la maladie entre dans la période de résolution ou de suppuration. Ces phénomènes s'expliquent facilement car, Roger et Garnier ont montré que lorsqu'on compare la thyroïde infectée à son premier stade, c'est-à-dire de congestion inflammatoire, à la thyroïde en hypersécrétion sous l'action de la pilocarpine, on trouve une analogie complète.

On peut voir des complications du côté de l'appar-

*reil pulmonaire* ; Perretière rapporte l'observation d'une jeune fille qui, après avoir présenté des crises de spasme glottique, est morte d'œdème suraigu du poumon. Parisot a perdu une malade de broncho-pneumonie.

Enfin, lorsque l'abcès s'est ouvert à la peau ou parfois même lorsqu'il a été incisé chirurgicalement, la guérison peut être retardée par la persistance d'une *fistule thyroïdienne*.

Nous allons voir maintenant si les thyroïdites aiguës suppurées présentent un aspect clinique particulier selon le microbe qui les a déterminées.

Les *thyroïdites typhiques* apparaissent généralement au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde mais elles peuvent survenir beaucoup plus tôt. Jeanselme a vu cette complication se déclarer dans le deuxième septennaire et Kocher le troisième jour de la maladie. Laveran rapporte une observation où la thyroïdite a précédé la fièvre typhoïde de 17 jours. D'autres auteurs, au contraire ont vu la thyroïdite survenir : 21 ans après la dothiéntérie comme chez le malade de Geza Gali et peut être 20 ans chez celui de Knight. Les signes locaux sont peu accentués se réduisant à un peu de douleur cervicale avec sensation de constriction. La dysphagie et la dyspnée sont modérées, cependant la fièvre est violente (Lebert) ; lorsque l'infection thyroïdienne est la première en date (thyrotyphus de Kummer) on peut observer un grand frisson et un début dramatique. Au contraire lorsque l'inflamma-

tion thyroïdienne survient en pleine pyrexie, elle peut passer inaperçue à cause de l'état de prostration du malade, l'envahissement de la peau étant le premier signe perçu. Lorsqu'elle survient dans la période de convalescence elle est annoncée par la reprise de la température.

Le gonflement, d'abord profond, gagne la peau qui rougit et s'amincit. L'évolution se fait assez fréquemment par poussées. La terminaison par résolution s'observe deux fois sur trois et Liebermeister note 6 suppurations pour 15 cas.

Les thyroïdites post-typhiques sont en général bénignes et leur pronostic est dicté par celui de la maladie causale elle-même ; c'est ainsi qu'aux typhoïdes sévères avec adynamie, escarres et abcès peuvent correspondre des thyroïdites très septiques à germes associés. Liebermeister a vu se produire des accidents de suffocation menaçants. L'évolution de la fièvre typhoïde est peu influencée par la thyroïdite et celle-ci guérit très rapidement après incision.

Le pus est bien lié, jaune ou un peu grisâtre. Il a parfois une odeur fécaloïde et Roux a constaté du sphacèle de la coque dans ses parties en contact avec le pus.

Enfin on pourrait peut-être distinguer :

1<sup>o</sup> Des thyroïdites suppurées à bacille d'Eberth sans fièvre typhoïde comme dans l'observation de Rispal. Le bacille typhique a été isolé du pus thyroïdien sans que jamais la malade ait présenté les

symptômes d'une dothiéntérie. La localisation au niveau du corps thyroïde a donc été primitive. Ces faits qui semblaient douteux autrefois sont mieux compris aujourd'hui où l'on a observé des localisations primitives au niveau d'autres organes, par exemple : la vésicule biliaire.

2° Des thyroïdites suppurées évoluant avant l'apparition de la fièvre typhoïde (Laveran, Tavel, Niclot).

3° Des thyroïdites suppurées post-typhiques à pus stérile comme chez le malade de Coissard qui a présenté au moment de la défervescence de sa fièvre typhoïde une thyroidite suppurée. L'examen bactériologique du pus, très complet, avec frottis, cultures, inoculation au cobaye n'a permis de discerner aucun germe.

Parmi les *thyroïdites suppurées à streptocoque* il faut mettre à part les thyroidites puerpérales dont le pronostic est tout à fait différent.

Les principales causes des thyroïdites à streptocoque en dehors de la puerpéralité, sont la grippe, les angines et les affections des voies respiratoires supérieures. La localisation du streptocoque au niveau du corps thyroïde, lorsqu'il s'y trouve seul, ne paraît pas déterminer d'accidents plus graves que les autres germes. Les symptômes sont les mêmes que dans les autres thyroïdites : début par frissons, douleurs à la partie antérieure du cou avec irradiations, puis apparition de la tumeur assez souvent après une période d'accalmie. Le malade de

Caliceti a présenté des symptômes d'hyper-thyroïdisme.

Un fait domine nettement les conditions du pronostic : c'est l'association du streptocoque à d'autres germes. L'association la plus fréquente paraît se faire avec le pneumocoque et si l'on s'en tient aux faits observés elle doit comporter un pronostic assez sévère. En effet, sur les 2 cas que nous avons trouvés le malade de Tourneux eut des suites opératoires assez difficiles et la guérison qui survient habituellement, huit à dix jours après l'incision, demanda trente-cinq jours dans le cas présent ; c'est à l'autopsie du malade de Tavel que l'on découvrit la présence des deux germes dans le pus.

Les thyroïdites *puerpérales* sont beaucoup plus rares depuis l'avènement de l'asepsie mais elles sont très graves. Sur les quatre observations citées plus haut, trois fois la maladie s'est terminée par la mort.

Elles surviennent généralement deux semaines après l'accouchement. Le début est à grand fracas, le frisson est violent et l'on observe un gonflement rapide de la région thyroïdienne. On doit noter la prédominance des *accidents dyspnéiques* qui peuvent aller jusqu'à l'asphyxie mortelle (Fochier). On remarquera, dans les cas de thyroïdites puerpérales qui sont rapportées, le peu d'importance des lésions de la sphère génitale et, si l'on excepte les complications respiratoires, on peut dire que le pronostic des thyroïdites puerpérales est conditionné par la gravité de l'infection générale elle-même.

On a vu, quand des abcès multiples avaient le temps de se collecter, l'évolution se faire sous forme d'abcès à répétition. Chantreuil avait noté des cas favorables où l'infection prenait un caractère de plus en plus torpide. Tarnier et Fochier avaient vu des abcès qui étaient restés stationnaires, se résorber petit à petit en même temps que l'infection diminuait, et ils s'étaient demandé si ces localisations n'avaient pas quelque ressemblance avec les abcès de fixation.

Les *thyroïdites post-pneumoniques* sont moins fréquentes que les précédentes. Elles surviennent généralement au moment de la défervescence, quelquefois quinze et vingt jours après (Lion et Bensaude). Tavel rattache à un embarras gastrique une thyroïdite à pneumocoque survenue chez une de ses malades. Mais cette femme avait eu l'année précédente une pneumonie et on peut se demander s'il n'y a pas quelque rapport entre ces deux infections.

La marche de ces thyroïdites est torpide, l'empâtement demeure longtemps stationnaire, il se fait des poussées congestives et finalement l'intervention devient nécessaire au bout d'un mois (Gérard Marchand), de six semaines (Polaillon). Le pus épais et glaireux est inclus profondément dans la glande où il est bien collecté. Le pneumocoque peut s'y trouver à l'état pur (Gérard Marchand, Tavel, Lion et Bensaude, Durante, Heddoeus, Honsell, Dor et Bérard); la guérison survient alors rapidement après évacuation du pus. Nous avons vu plus haut la

gravité de son association avec le streptocoque.

Cependant, si le pronostic immédiat est bon, la suppuration est par là même la destruction d'une plus ou moins grande partie de la glande thyroïde, la sclérose secondaire, sont capables d'entraîner tardivement de l'insuffisance fonctionnelle se traduisant comme chez un malade de Parisot, par des troubles cutanés (sécheresse de la peau qui est de coloration jaune), des troubles digestifs (inappétence, digestions lentes, constipation), des sensations de froid fréquentes, de l'apathie ; les urines sont pauvres en urée, le rapport azoturique est abaissé.

D'après Sabitt la thyroïdite se localiserait de préférence dans le lobe thyroïde homonyme du poumon atteint.

Les *thyroïdites à staphylocoques* sont les plus rares et nous n'en avons trouvé que deux observations. Dans l'une la thyroïdite a succédé à une éruption furonculaire du creux axillaire (Dambrin), dans l'autre la lésion primitive était une ostéomyélite (Lannelongue). L'évolution ne présente rien de spécial et la guérison survient rapidement après incision.

En résumé on remarque que, quelque soit leur origine, les thyroïdites évoluant en dehors d'une maladie grave ont un pronostic plutôt bénin, même lorsque le microbe en cause est le streptocoque. Ce fait pourrait-il s'expliquer par une résistance spéciale du tissu thyroïdien aux infections ou par une action bactéricide de la sécrétion thyroïdienne ?

Cristiani, faisant des recherches sur la vitalité des greffes thyroïdiennes, les infectait en injectant à leur intérieur des cultures microbiennes.

Dix greffes ayant subi une infection expérimentale par le streptocoque présentaient toutes, à l'examen, du tissu glandulaire d'un aspect normal, parfois un peu infiltré ; trois avaient suppuré, et l'une retrouvée dans la cicatrice d'un abcès très étendu, était petite, rétractée, mais le tissu thyroïdien restant était très vigoureux.

Des injections ont été pratiquées avec du staphylocoque, du bacille pyocyanique, du colibacille. En étudiant le résultat final, quelques semaines ou quelques mois plus tard, l'auteur a pu constater, comme pour les lésions streptococciques, que dans la règle on pouvait voir la présence du tissu thyroïdien vivant et souvent pas même altéré. Ceci nous montre l'extrême résistance du tissu thyroïdien aux diverses infections. La présence du tissu thyroïdien restant intact malgré la gravité de l'infection explique que la présence d'une thyroïdite chez un malade n'amène pas de perturbations dans l'évolution de la maladie en cours.

Torri, étudiant les rapports du corps thyroïde avec les maladies infectieuses dans *Policlinico* de 1900, aboutit aux conclusions suivantes :

« Jusqu'à il y a deux mois on ne savait guère comment se comporte le corps thyroïde dans les maladies infectieuses. Aujourd'hui au contraire, on peut après les recherches toutes récentes de Roger

et Carrel, et d'après les analyses et expé-  
riences sur la ligue dans et compose la glande thy-  
roïde dans les maladies infectieuses, aiguës ou  
chroniques :

« 1<sup>re</sup> Que l'on a une hyper-sécrétion de substance  
collode dans les maladies aiguës et chroniques ;

« 2<sup>e</sup> Que l'on a une forte prolifération épithéliale  
dans les maladies aiguës et chroniques ;

« 3<sup>e</sup> Que l'on a une abondante néoformation de  
nouveaux glandules dans les maladies chroniques et  
dans les maladies aiguës à dénoué prolongé ;

« 4<sup>e</sup> Que l'on rencontre difficilement dans la thy-  
roïde des processus inflammatoires interstitiels  
comme abcès, tubercules ;

« 5<sup>e</sup> Que la substance collode a la propriété de  
détruire les autres organismes ;

« 6<sup>e</sup> Que la prolifération épithéliale et l'hyper-  
sécrétion de substance collode vont d'une part produire  
diverses des infections, mais que ceux-ci soient for-  
més à l'aide de autres organismes détruits et qui  
adviennent dans la substance collode, comme il résulte  
de mes recherches, mais qu'ils arrivent à la glande  
thyroïde par le torrent circulatoire comme l'ont  
montré Roger et Carrel ;

Nous reproduisons dans la *Presse médicale* de 1906,  
dans l'article de Roger et Carrel, le passage sui-  
vant :

« Tout attribue à la thyroïde un pouvoir de des-  
truction particulier vis-à-vis des bactéries. Cette  
action, si elle existe, doit être peu considérable.

Les inoculations pratiquées par les vaisseaux carotidiens sont au moins aussi graves que les inoculations intra-veineuses et réciproquement les lapins privés de thyroïde ne sont pas moins résistants que les lapins normaux. D'ailleurs sous l'influence des infections la thyroïde n'est pas épargnée ; elle présente les mêmes altérations que les autres parenchymes. Si en général les lésions y sont moins accusées que dans le foie ou le rein c'est que le fonctionnement de la glande est ralenti chez l'adulte ; le premier effet de l'infection est de ranimer l'activité sécrétoire endormie ; pour que des modifications plus profondes apparaissent, il faut que l'action du produit toxique soit prolongée ou intense.

« L'expérience démontre à ce propos que les infections prolongées déterminent surtout des lésions interstitielles, les infections intenses, même quand elles sont de courte durée, provoquent surtout des altérations cellulaires. On peut donc conclure que l'étendue et la profondeur des lésions sont bien plus sous la dépendance de l'énergie du processus morbide que de sa persistance ».

« La sclérose thyroïdienne se voit dans les maladies chroniques comme la tuberculose, mais il est probable qu'elle doit se développer aussi au cours ou à la suite des infections les plus diverses pour peu que le processus se prolonge ».

Il est assez difficile d'admettre que l'évolution des infections thyroïdiennes soit influencée par le fait que la thyroïde est un organe à l'état de vie

ralentie chez l'adulte ; les thyroïdites sont, en effet des infections de l'âge adulte et lorsqu'elles surviennent chez les enfants elles ne présentent pas une gravité exceptionnelle.



## CONCLUSIONS

Les thyroïdites aiguës suppurées sont des infections extrêmement rares.

Les microbes qui les provoquent sont par ordre de fréquence : le streptocoque, le bacille d'Eberth, le pneumocoque et le staphylocoque, le Para B.

L'étiologie microbienne ne paraît pas déterminer, comme pour les pleurésies purulentes, une évolution bien particulière dans chaque cas. Cependant, on peut remarquer la fréquence des accidents respiratoires dans les thyroïdites à streptocoques, l'évolution torpide des thyroïdites à pneumocoques.

Les thyroïdites aiguës suppurées sont des affections généralement bénignes et une évolution grave est le fait, soit :

1° D'une association microbienne, dont la plus fréquente est l'association streptocoque, pneumocoque.

2° De l'apparition de la thyroïdite au cours d'une maladie qui comporte par elle-même un pronostic sévère : septicémie puerpérale, typhoïde grave, broncho-pneumonie. Le pronostic de la maladie causale dicte le pronostic de la thyroïdite.

3° D'une complication généralement d'ordre respiratoire.

Si le pronostic immédiat est généralement bon, il ne faut pas perdre de vue que l'infection thyroïdienne a pu causer des troubles sécrétoires faisant apparaître ultérieurement, soit un syndrome de Basedow, soit du myxœdème, ces faits étant plutôt l'apanage des infections à évolution chronique, tuberculose et syphilis.

Les thyroïdites suppurées évoluant pendant une autre maladie n'apportent pas d'éléments nouveaux de gravité en dehors de la possibilité d'accidents respiratoires.

Pour s'expliquer la bénignité relative des infections thyroïdiennes dues par exemple au streptocoque, en comparaison avec les lésions produites dans les autres organes par ce même microbe on peut admettre, soit :

Avec Torri, le pouvoir bactéricide de la substance colloïde.

Avec Roger et Garnier, le fait que la glande thyroïde est chez l'adulte un organe dont le fonctionnement est ralenti.

Un fait est certain, c'est l'extrême résistance du tissu thyroïdien aux diverses infections (expériences de Cristiani).

Vu : le Président de la thèse,  
**LEJARS**

Vu : le Doyen,  
**ROGER**

Vu et permis d'imprimer :  
Le Recteur de l'Académie de Paris,  
**CHARLETY**

## BIBLIOGRAPHIE

- Basso (A.)*. — Les thyroïdites aiguës. Thèse Paris, 1892.
- Bauchet*. — De la thyroïdite (goitre aigu) et du goitre enflammé (goitre chronique enflammé) (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1857, t. 4).
- Bérard (L.)*. — Corps thyroïde. In Nouveau traité de chirurgie de : Le Dentu et Delbert.
- Boucher*. — Archives de médecine militaire, 1886.
- Bron*. — Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, 1862.
- Caliceti*. — Su un raro caso di ascesso della tiroide consecutivo a settico-piemia otitica senza trombosi del seno trasverso. Il policlinico (Sezione pratica. 1918, p. 1219).
- Carnot et Blamoutier*. — Société médicale des hôpitaux de Paris, p. 66.
- Charvot*. — Etude clinique sur les goitres sporadiques infectieux (Revue de chirurgie, 1890, p. 701).
- Chesnais*. — Thèse Paris, 1902.
- Coissard*. — L'infection ébertienne et la glande thyroïde. Thèse Lyon, 1902.
- Collet*. — Thyroïdite suppurée au cours d'une coqueluche (Lyon médical, 9 octobre 1910, p. 601).
- Cristiani*. — Néothyroïdites infectieuses expérimentales (Revue médicale de la Suisse Romande, 1903, p. 411).
- Deleutl*. — Thyroïdectomie dans les thyroidites aiguës suppurées Thèse Lyon, 1902.

- Detrioux.* — Considérations sur la thyroïdite ou inflammation aiguë de la glande thyroïde. Thèse Paris, 1879.
- Durante (G.).* — Thyroïdites suppurées à pneumocoques (Bulletin de la Société anatomique de Paris, juillet 1894, p. 548).
- Forgue.* — Contribution à l'étude de la thyroïdite typhique (Archives de médecine et pharmacie militaires, Paris, 1886, p. 113).
- Gali (Geza) (Budapest).* — Strumite suppurée tardive et maladie de Basedow consécutive (Deutsche med. Wochenschrift n° 27, 1913).
- Galliard.* — Société de médecine des hôpitaux de Paris, 1895, p. 507.
- Galtier.* — De la thyroïdite aiguë primitive. Thèse Paris, 1881.
- Goubareff.* — Voënno-Medizinsky Journal, 1908, n° 6.
- Grimoud.* — Toulouse médical, 15 mai 1907.
- Jeanselme.* — Thyroïdites et strumites infectieuses (Gazette des hôpitaux, n° 15, 1895).
- Thyroïdites à streptocoques (Journal des praticiens, 1895, p. 146).
- Jonnesco (Th.).* — Thyroïdite suppurée (Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Bucarest, 1898, p. 190).
- Kharon.* — Thèse Toulouse, 1914.
- Knight.* — Acute idiopathic inflammation of the normal thyroid gland arch. of Laryngologie NY 1880, p. 155.
- Lannelongue.* — In thèse Rascol.
- Laveran.* — In Charvot.
- Le rène et Metzger.* — Les thyroïdites aiguës au cours de l'infection puerpérale (Annales de gynécologie et d'obstétrique, février 1910, p. 70).

*Lemierre et Taberlet.* — Société médicale des hôpitaux de Paris, 1923, p. 513),

*Lepetit.* — Thyroïdite suppurée (Société de médecine de Gannat in Province médicale, 1909),

*Letulle et Lecomte.* — Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1609, p. 618.

*Lion et Bensaude.* — Thyroïdite à pneumocoques post pneumonique (Bulletin de la Société anatomique, Paris 1909, p. 434).

*Marchand (Gerard).* — Thyroïdites à pneumocoques (Compte rendu du V<sup>e</sup> Congrès Français de chirurgie, d'après Mercredi médical, 1891, p. 168.

*Manousos.* — Deux cas de thyroïdite suppurée pneumonique (Ιατρικὴ Πραξις, Ευρον, 1900, p. 70).

*Parisot (J).* — Les thyroïdites et leurs complications cardio-vasculaires (Presse Médicale, n<sup>o</sup> 37, 1910).

*Perretière.* — Œdème pulmonaire suraigu au cours d'une thyroïdite suppurée (Lyon Médical, 1906, p. 181).

*Pinchaud.* — Les thyroïdites aiguës dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Thèse Paris, 1881.

*Rascol.* — Contribution à l'étude des thyroïdites infectieuses Thèse Paris, 1891.

*Rispat (A.).* — Thyroïdite suppurée à bacille d'Eberth sans fièvre typhoïde (Archives médicales de Toulouse, 1<sup>er</sup> janvier 1913).

*Roger et Garnier.* — Recherches expérimentales sur les infections thyroïdiennes (Presse médicale, 1908, p. 97).

*Sibbald Robertson.* — L'inflammation aiguë de la glande thyroïde (The Lancet, 8 avril 1911).

*Sabitt (Mahgout Ahmad).* — Contribution à l'étude des thyroïdites d'origine pneumococcique (Thèse Genève 1907).

*Tavel.* — Uber die Actiologie der Strumitis. Bâle, 1802.

**Testevin.** — Archives de médecine et de pharmacie militaires, 1899).

**Tourneux (J.).** — Deux cas de thyroïdite aiguë suppurée (Progress médical, 1920, p. 371).

**Variot et Roland.** — Un cas de thyroïdite aiguë (Bulletin Société de pédiatrie de Paris, 1907, p. 111).

**Widal et Nobécourt.** — Semaine médicale, 4 août 1897, p. 285.



